

多職種で取り組む摂食嚥下リハビリテーション ー食生活支援に配慮した歯科衛生士の関わり方ー

医療法人 共栄会 名手病院

井道達子 村上友紀 上田希恵 西村玲美 山根木智賀子
東純代 福田朱里 稲垣伊津穂 風呂谷匡彦 池田宜史

【はじめに】

摂食嚥下障害患者への対応は、チームアプローチが有効とされており、A 病院でも平成 20 年より口腔嚥下チームを立ち上げている。医師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士が中心となり、摂食・嚥下機能の向上に日々関わっている。中でも歯科衛生士は、口腔機能低下の回復・維持・向上に対してのアプローチを行っている。入院時に口腔アセスメントをし、患者の口腔の状態を把握する。次に口腔保清時の患者の様子を観察し、口腔機能や嚥下機能もチェックする。しかし、咀嚼咬合嚥下の客観的評価に欠けている面があった。嚥下造影検査後、食事の形態を変更した際上手く摂食につながらないケースが時々生じた。検査の際、直接口へ食物や飲み物が入り、口腔期・咽頭期・食道入口部の様子がわかる。その量は 1 口 2 口での評価である。当病院の平均患者年齢は 78 歳と高齢者が多数を占める。1 食量最後まで、同じ評価の咽頭レベルであれば問題は生じない。喉頭蓋谷に残留したものが時に、気管に侵入する可能性のある患者を多職種で共通して把握出来るツールを要した。

今回、摂食機能療法を行う上で、舌圧低下と嚥下障害の関連性に着目し、咀嚼・咬合を客観的に評価した取り組みを行ったのでここに報告する。

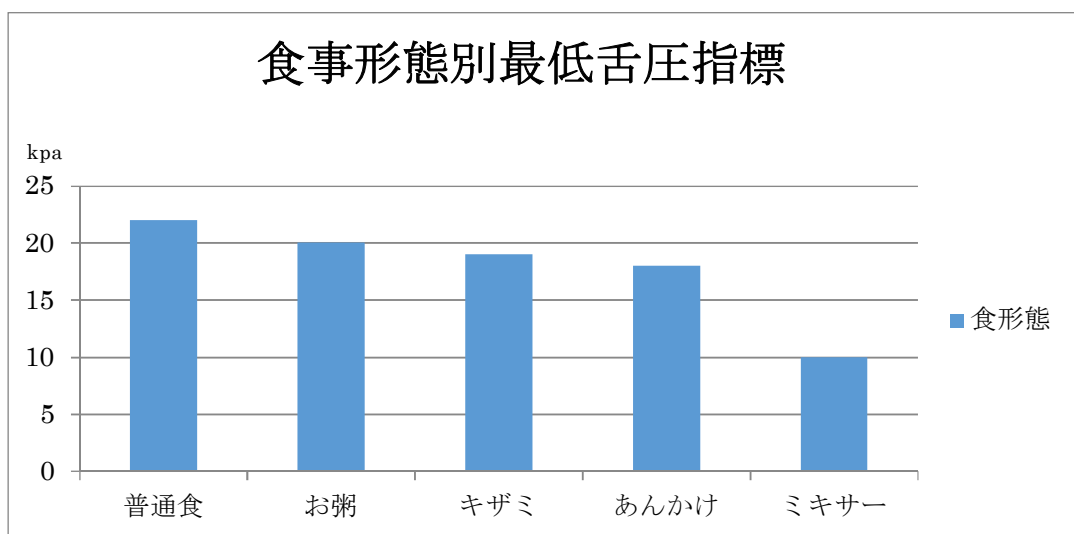
【用語の定義】

舌圧とは、舌が口蓋前方部との間で潰す力を言う（2002hayasi ら）
空気を入れたプローブの風船部分を舌と口蓋前方で押しつぶした時に生じる風船内部の圧、咀嚼や嚥下に関与する舌機能を一部定量評価するのが舌圧測定器である。（表 1 表 2 参照）

舌圧基準値（表 1）

年齢	性別	Kpa(舌圧)
成人（20～59 歳）	男	45±10
	女	35±9
60 歳代	共通	38±9
70 歳以上	共通	32±9

食事形態別最低舌圧指標



【倫理的配慮】

対象者には、取り扱う情報は本研究以外の目的では使用しないこと、不利益にならないよう配慮し同意を得た。また医療法人共栄会名手病院による倫理審査を受け、承認を得た。

【取組み内容】

舌圧測定器は、言語聴覚士が摂食嚥下機能療法のリハビリテーションの患者に対してのみ使用していた。また定期的な評価として確立しておらず、多職種での共通認識も出来ていなかった。そこで入院時の口腔アセスメントの際に1年前より舌圧を測定し1ヶ月毎に評価している。並行し嚥下評価を行い、週1回の嚥下回診での検討材料としている。その後、義歯調整・VF（嚥下造影）評価・食形態評価・姿勢評価等しながら摂食機能療法を実施。隔週の定例会議ではチーム介入の現状と患者の嚥下機能評価を行っている。間接訓練の内容にも反映されるようになっており、更に1ヶ月毎に追跡測定して評価を行っている。

【結果および考察】

歯科衛生士による専門的な口腔保清や歯や義歯などに起因した咀嚼障害について、A病院では往診歯科医と連携しながら対応し、義歯調整や咬合確認を行っている。

入院時口腔アセスメントに舌圧測定を取り入れたことで、提供する食事形態の目安がより分かりやすくなり、初回の嚥下評価がしやすくなった。チームによる嚥下回診では、嚥下食を提供している患者の評価が中心であったが、絶食患者が食事開始できるタイミングが図れたこと、頸部聴診や姿勢評価スキルも向上したことで、病院全体の摂食嚥下の知識と技術も向上した。

現在、A病院では年間120件程度のVF検査を行い、不顕性誤嚥の有無等も確実に評価し、患者さんの「食べる」を支援している。多職種における良好な

連携、相乗効果を生み出したと言える。

ここで、2事例のチーム介入を報告する。

事例①

A氏 84歳 女性 身長 142cm 体重 83kg BMI14

入院病名	脱水 脳梗塞後遺症 尿路感染
既往歴	脳梗塞 大腿骨骨折 リウマチ 加齢性黄斑性変性症 高血圧
現病	自立度 CII 痴呆度 IV JCSIII200 四肢自動運動困難 酸素吸入 6L
口腔所見	口腔乾燥著明 痰付着吸引要 上顎残根 2本 下顎 9本 義歯無し

入院 11 日目、病態安定しリハビリテーション開始。飲水評価は、先行期から開口せず舌の送り込み動作見られず経口摂取厳しい状態。チームアプローチで覚醒や反応が良くなり、嚥下反射も見られるようになった。初回舌圧測定値 4kpa。林檎ジュースとろみ強めを開始した。嚥下までに時間を要したが、頸部聴診音はコクンとキレがあった。翌週に副食ミキサートロミを追加、冷たいもの好反応示しアイスクリームを取り入れた。徐々に舌の可動域広がり、頬の協調運動もみられ、舌圧測定値 12.7kpa となる。粒ありのとろみ粥と副食キザミアんかけの形態にした所、溜め込みもなくなり嚥下までの時間短縮となった。入院前の施設入所時の食事形態は、ミキサー食であった。安全に確実に食形態を上げる事が出来た。

嚥下回診では、嚥下食を提供している患者の評価が中心であった。絶食患者が食事開始出来るタイミングが図れた事に舌圧測定が関与した事例である。

事例②

B氏 59歳 男性 身長 170cm 体重 83kg BMI 28.7

入院病名	誤嚥性肺炎 慢性呼吸不全
既往歴	てんかん 高尿酸血症 脳出血
現病	自立度 CII 痴呆度 IIB 酸素吸入 0.5L 経管栄養 左片麻痺
口腔所見	無歯顎 義歯無し 舌肥大 舌突出癖 白舌苔全体

嚥下回診で、アイスクリームとジュースを試した。咽頭クリアランス良好。初回舌圧測定値 13kpa。嚥下造影検査は、トロミ材に嘔気反射があった。咀嚼運動なく丸飲み嚥下であったが、咽頭残留や不顕性誤嚥はみられなかった。経管チューブ抜管し、全がゆと副食キザミを開始した。離床促し、食べる姿勢の

足底床は、必ずチェックした。並行し歯科受診により義歯も上下作製した。1ヶ月後の舌圧測定値は、52kpaと大きく上昇した。軟飯と粗キザミ食へ食事形態アップした。更に舌圧測定値67.9kpaと上がり、箸で食べられるようになり、常食となった。嚥下回診時に、舌圧測定の数値が直接経口摂取するにあたり用意する食材の参考になり、嚥下回診毎に、着実に食事形態アップに関与した事例である。

今回、2事例で示すように、舌圧の客観的評価で食形態を見直す目安が出来るようになった。「口から食べる」がゴールではなく、チームの目標である「食べたいものを食べたい形で食べる」を目指すための指標が出来たことも大きな収穫である。

歯科衛生士として、患者の舌の動きや嚥下反射時の喉頭挙上、呼吸状態、頸部の硬さなどを観察し間接訓練に取り組んだ。舌圧測定器を用い、数値化することでより具体的に訓練し、患者に伝えることに繋がった。同じく、研究者自身の取組み内容の評価でもあった。また、多職種への言葉の曖昧なニュアンスが、患者の重症化を阻止したと評価出来る。この患者は、上手く食べることができるのか？自分で？介助で？食片をすり潰し、唾液と混和して食塊を形成して食道まで送り込む、これらの機能は舌と関連していることが示唆された。

【今後の課題】

歯科衛生士は、口腔機能管理における専門的知識と技術のみならず、より高まる社会的ニーズに伴う高齢者に対する知識や技術、多職種との連携がさらに重要になる。今後、将来における医療環境に対応できる知識を習得していく必要がある。食べる機能の客観的な数値評価は、嚥下障害患者だけでなく、オーラルフレイルのツールとしても役に立つ。1つの指標ツールとして優れているが、舌圧測定困難者についての課題が残る。